

413

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1900

THÈSE

N°

POUR

Le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue le Mercredi 13 Juin 1900, à 1 heure

PAR

Antoine GOIGOUX

Né à Saint-Genès-Champespe (Puy-de-Dôme) le 27 juin 1874

DES

Adhérences

Vulvaires

Président : M. LANNELONGUE, professeur.

Juges : MM. FOURNIER, professeur.

KIRMISSON et GAUCHER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

JOUBE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1900

THÈSE N°

POUR

Le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue le Mercredi 13 Juin 1900, à 1 heure

PAR

Antoine GOIGOUX

Né à Saint-Genès-Champespe (Puy-de-Dôme) le 27 juin 1874

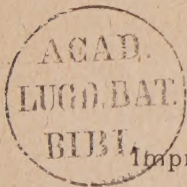
DES
Adhérences
Vulvaires

Président : M. LANNELONGUE, professeur.

Juges : MM. FOURNIER, professeur.

KIRMISSON et GAUCHER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical



PARIS

JOUBE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1900

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

PROFESSEURS	MM.
Anatomie.....	FARABEUF
Physiologie.....	CH. RICHET
Physique médicale.....	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales.....	BOUCHARD
Pathologie médicale.....	HUTINEL
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....	CORNIL
Histologie.....	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.....	TERRIER
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET
Thérapeutique.....	LANDOUZY
Hygiène.....	PROUST
Médecine légale.....	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie...	BRISSAUD
Pathologie expérimentale et comparée.....	CHANTEMESSE
	POTAIN
Clinique médicale.....	JACCOUD
	HAYEM
	DIEULAFOY
	GRANCHER
Maladies de enfants.....	JOFFROY
Clinique de pathologie mentale et des mala-	FOURNIER
dies de l'encéphale.....	RAYMOND
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	BERGER
Clinique des maladies du système nerveux.	DUPLAY
	LEDENTU
Clinique chirurgicale.....	TILLAUX
	PANAS
Clinique ophtalmologique.....	GUYON
Clinique des maladies des voies urinaires..	BUDIN
Clinique d'accouchement.....	PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	DUPRÉ	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MÉNÉTRIER	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques..... M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Faible Témoignage de reconnaissance filiale

A MES FRÈRES, A MA SOEUR

A MES AMIS

À MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR LANNELONGUE

Chirurgien des Hôpitaux
Membre de l'Académie des sciences
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

Introduction

L'observation d'une petite malade que nous avons eu l'occasion de voir, il y a deux mois, nous a déterminé à choisir le sujet que nous allons traiter.

Les adhérences vulvaires chez l'enfant semblent mériter quelques considérations assez importantes, pour servir de sujet à notre thèse.

Les adhérences vulvaires, limitées aux grandes et aux petites lèvres ; nous laissons de côté, comme ne faisant point partie du cadre que nous voulons suivre, les malformations et imperforations de l'hymen, qui peuvent se ranger en trois groupes.

En premier lieu et par rang de gravité, se placent les cas d'atrésie vulvaire accompagnée ou plutôt compliquée de vices de conformation ou d'absence du vagin, utérus et autres parties des organes génitaux. Nous rangeons dans ce groupe les cas d'hermaphrodisme féminin par soudure de la vulve. Nous ne parlerons de l'observation de Debout que pour l'éliminer (*Bulletin de Thérapeutique*, 1864, p. 26). La malade présente, en outre d'une soudure des pe-

tites lèvres, une hypertrophie considérable du clitoris ; nous n'étudions l'atrésie vulvaire que chez les sujets normalement conformés. De même l'observation de Madeleine Lefort qui avait, selon Dugès (*Mémoire sur l'hermaphrodisme*), « coalition des nymphes, de sorte que l'urine sortait par plusieurs petits pertuis fort étroits, sous le clitoris », mais ici il existait en même temps d'autres malformations.

A la suite de ce premier groupe, nous plaçons avec les auteurs les cicatrices vicieuses de la vulve. Elles succèdent souvent aux plaies qui intéressent les organes génitaux externes de la femme quelle que soit leur origine : attentats à la pudeur, traumatismes, opérations, brûlures, accouchements, etc.

Les pustules, les ulcérations, en sont souvent le point de départ ; qu'elles se développent durant le cours d'une inflammation locale ou générale, comme on le voit dans la fièvre typhoïde et la variole. Le fanatisme de certaines peuplades de l'Abyssinie et de l'Ethiopie provoquent volontairement cette cicatrisation vicieuse chez les petites filles qui viennent de naître. Ils font l'ablation des grandes et des petites lèvres et ils favorisent ensuite la réunion des surfaces cruentées en maintenant les jambes croisées l'une sur l'autre. A la guérison il ne reste qu'un petit orifice pour laisser couler l'urine et les menstrues. Les jeunes filles doivent rester dans cet état jusqu'au jour du mariage.

Nous passons maintenant aux adhérences vulvaires qui forment le dernier groupe et qui nous intéressent tout particulièrement, puisqu'elles seront le sujet de nos réflexions. On remarque chez les enfants qui viennent de naître une disposition particulière des organes génitaux. Les grandes ou les petites lèvres adhèrent ensemble et au lieu d'apercevoir la fente vulvaire habituelle on ne distingue qu'une raphé médian. Si cette conformation est observée à la naissance, il arrive plus fréquemment peut-être de la voir se développer dans les premières années.

Cette légère difformité assez fréquente au dire de certains chirurgiens d'enfants, ne mérite pas le nom de malformation. Très sommairement décrite par les auteurs qui s'en sont occupés. Cependant, on en trouve un assez grand nombre de cas cités, mais les observations publiées sont très rares ; nous n'avons réussi à en trouver que quelques-unes, que nous reproduirons en entier à la fin de ce travail. Plusieurs auteurs ont confondu, ou du moins décrit cette atrésie vulvaire avec celle de l'hymen ou du vagin, il est vrai qu'ils n'y consacrent que fort peu de lignes. Cette malformation doit être séparée des vices de développement du reste de l'appareil génital et elle mérite un chapitre distinct. Tout la sépare des difformités du vagin ; son origine, sa pathogénie, son allure et aussi son traitement. Denman admet qu'elle peut guérir par les mouvements des jambes. Ordinairement

sans gravité, elle expose parfois la malade qui en est atteinte aux accidents de la rétention urinaire et menstruelle.

Après avoir jeté un coup d'œil rapide sur les auteurs qui s'en sont occupés, nous essaierons de déterminer sa pathogénie. Nous consacrerons quelques pages à l'étude des symptômes et du traitement approprié.

Avant d'aller plus loin, nous avons à cœur, d'exprimer notre profonde reconnaissance à nos maîtres pour leur savant enseignement et leur bienveillance.

Et tout d'abord à Clermont, où nous avons commencé nos études médicales, nous n'oublierons point les leçons et conseils de ceux qui se sont intéressés à nous.

Que Messieurs les docteurs Bousquet, Tixier, Fouriaux, Dourif, Gagnon, Maurin, Plançard, Dubois, Lepetit, Gautrez reçoivent ici nos plus sincères remerciements pour le dévouement avec lequel ils nous ont inculqué les principes des diverses branches de la médecine. Nous leur garderons une reconnaissance profonde.

Que Monsieur le docteur Bide, qui fut pour nous un maître excellent et un ami dévoué, reçoive ici l'expression de nos remerciements et de notre amitié.

A Paris, que Messieurs Moutard-Martin et Bonnaire, dont nous avons pu apprécier la science et la bonté, reçoivent également nos remerciements.

Monsieur le professeur Lannelongue a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, nous lui adressons respectueusement l'hommage de notre gratitude, regrettant de n'avoir pas à lui offrir un travail plus parfait et plus digne d'un aussi haut patronage.



Historique

En recherchant dans les écrits des accoucheurs et des chirurgiens on voit les imperforations vulvaires signalées dans beaucoup parmi les vices de conformation que peuvent présenter les enfants en venant au monde. Souvent le siège de l'imperforation reste indéterminé.

Hippocrate connaissait l'atrésie des organes génitaux, il disait que la génération peut être empêchée par une membrane qui bouche la matrice, mais il ne détermine pas le siège précis de cette membrane (*De his qui uterum non gerunt seu de sterilitate*). Les grecs appelaient les femmes qui en étaient atteintes « ατρηταί ».

Aristote y consacre un chapitre entier « *Sunt feminx non nullæ quibus à principio sui ortus, oræ modo quodam coaluere, alias propter cujuspiam morbi vim ita evenit* ». (*De historia animalium*, lib. X, texte 35).

Les Romains n'avaient pas de nom propre pour désigner les femmes qui portaient cette malformation.

Pline dit en parlant de Cornélie, mère des Gracques « *concreta genitali fuerat* ». Cette affection était regardée comme un mauvais présage ; Celse fait également mention de l'agglutination des bords des parties génitales. (*De medicis libr. VII.*) Galien en parle également, mais il ne pense pas que ce soit un vice de conformation, il l'appelle « *phimosi* ». Sennet consacrer un chapitre entier à l'atrésie génitale, il distingue l'adhésion des grandes lèvres, l'occlusion du vagin ou du col de la matrice et l'imperforation de l'hymen. (*Lib. IV, cap. 3*).

Riverius s'occupe de cette question « *Virgines uteri laborantes atretœ seu imperforatœ nominatur.* » Il mentionne celle qui siège à la vulve « *in osculo anterior quoad vulva nominatur.* » Et lorsqu'il s'occupe de rechercher les causes, il admet la division moderne des atrésies en congénitales et accidentelles. On retrouve la même division dans Van-Swieten, dans ses commentaires des aphorismes de Boerhaave (*Commentaria morbi virginum*). Il part même de ces faits pour recommander aux sages-femmes d'examiner les nouveaux-nés au moment de la naissance. Heister dit que « les filles naissent quelquefois avec les deux lèvres de la vulve collées l'une à l'autre de façon qu'elles ne peuvent rendre leur urine ; quelquefois il y a une petite ouverture qui permet à l'urine de sortir, mais l'orifice du vagin et le reste de la vulve est oblitéré. » Ambroise Paré mentionne

egalement cette occlusion, mais en plusieurs endroits il emploie évidemment le terme de col de la matrice pour désigner la vulve ; quand il conseille dans son chapitre « ce qu'il faut faire à l'enfant subito qu'il est né : de couper une petite membrane (qui se fait à d'aucuns), comme aux oreilles, nez, bouche, verge, fondement, et à l'orifice du col de la matrice. »

Fabrice d'Aquapendente parle d'un cas qu'il a observé. Levret a vu quelquefois la vulve close, chez les enfants naissants au point qu'on ne peut distinguer aucune des parties extérieures de la génération et qu'il n'y a point d'autre ouverture que le méat urinaire qui occupe sa place naturelle. « Il ne faut pas confondre, dit-il, la clôture dont il est question avec l'imperforation de la vulve par défaut d'ouverture de l'hymen. »

Haller connaît cette malformation et en montre fort bien le siège aux grandes et petites lèvres. *Nymphas conglutinas vidi ut solvi necesse esset. (Disputationes chirurgicæ selectæ, 1755).*

Baudelocque ne parle que des adhérences des grandes lèvres (*Tr. des accouchements, 1787*). Nous les trouvons citées avec les adhérences des petites à côté d'autres malformations dans Underwood (*Tr. des maladies des enfants, 1786*). Denman (1795), Sabatier (*Th. de Paris, 1818*), Combes Bessard (*l'essai sur les maladies de l'enfance, 1819*), Capuron (1820), Villette (1824), Dugès (*Manuel d'obstétrique, 1830*) qui a vu

l'adhérence des nymphes former une sorte de canal étroit et gêner l'excrétion des urines ; dans Velpeau (1835), Moreau (1838), Cazeaux (1840) les divise en congénitales et accidentelles ainsi qu'Honoré de Chailly 1845. Jacquemier, Maunoury, Salmon 1850, en parlent également.

En 1856, Bouchacourt envoie un rapport à la société de chirurgie sur plusieurs cas qu'il a observés. Verneuil et Guersant partagent son avis en s'appuyant également sur des exemples. Labadie de Lalande (1856) compare les adhérences vulvaires aux adhérences du prépuce au gland dans le phimosis congénital.

On les trouve mentionnés dans les traites de chirurgie et de gynécologie ; Marjolin les signale (*Dict. de Médecine*, 1828), Amussat en parle au sujet de son observation de vagin artificiel, Léon le Fort les indique dans sa thèse d'agrégation (1862) tout en étudiant plus spécialement les anomalies de l'utérus et celles de l'hymen ; enfin, Gosselin, Bouchut (*Traité prat. des maladies des nouveaux-nés*, 1855).

Follin, Duplay, Reclus, Tillaux, Legendre et Broca, Bernutz, Pozzi, Le Dentu, Lutaud, Kirmisson, tous en parlent, mais d'une manière rapide, au milieu des autres malformations.

Parmi les auteurs qui s'en sont plus spécialement occupés, nous devons mentionner Bouchacourt, Labadie de Lalande, Puech et Moreau. Puech surtout a longuement étudié les malformations des or-

ganes génitaux ; il distingue bien les adhérences vulvaires des imperforations de l'hymen, mais il n'admet pas leur origine congénitale ; pour lui, elles se développent toutes après la naissance.

On les trouve également citées par les auteurs qui traitent des monstruosité et de l'hermaphrodisme. Nous citerons rapidement : Geoffroy Saint-Hilaire (*Histoire des anomalies, monstruosités et vices de conformation*, 1832), Debierre et Dugès.



Fréquence, Etiologie, Pathogénie

Si l'on en juge par le peu de document qui existe dans la littérature médicale, les adhérences des grandes et petites lèvres semblent être rares. Morgagni en a vu deux ou trois cas ; Amussat, Bouchacourt, Guersaut, plusieurs cas ; Cazeaux, un cas chez un enfant à la naissance ; Hulin a vu une fois l'adhérence des grandes lèvres. Charpentier, dans son « *Traité des accouchements* », rapporte en avoir observé trois cas à la naissance.

Le nombre des observations publiées de soudure vulvaire est infime, il s'élève à cinq ou six. On peut se demander si cette pénurie de documents tient à la rareté de la lésion, ou au peu d'importance que les chirurgiens y attachent.

La dernière hypothèse est plus vraisemblable. Les auteurs qui disent en avoir observé quelques-unes n'ont en général point publié leurs observations.

Cette difformité est-elle fréquente ? Question difficile à résoudre d'une façon précise car les preuves matérielles manquent.

Voici ce que nous apprenons sur de Saint-Germain : « Le chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades dont la consultation annuelle comptait cinq à six mille sujets est appelé à intervenir de huit à dix fois chaque année ; en supposant que le nombre des garçons soit égal à celui des filles, nous arrivons à avoir une fois des adhérences vulvaires sur trois cents petites filles. » (*A Moreau, th. de Paris* 1894). Il faut ajouter que les enfants qui vont à la consultation des Enfants Malades ont presque tous plus d'un mois. Aussi de Saint-Germain admet dans ses « cliniques infantiles » l'existence des adhérences vulvaires sans en rechercher l'origine.

Il serait très important de pouvoir faire un calcul semblable, en se basant sur les statistiques d'une ou plusieurs maternités pour établir la fréquence de cette soudure à la naissance. Mais ces données manquent en général, car les soins que nécessite la mère et l'attention avec laquelle on examine les placentas détournent l'attention des accoucheurs. Les adhérences sont assez fragiles à ce moment là pour qu'elles se déchirent pendant la toilette de l'enfant. L'accoucheur examine bien après si l'enfant ne présente pas de vices de conformation, mais il s'occupe surtout de l'appareil digestif. Comme la soudure vulvaire n'entraîne pas habituellement de troubles immédiats dans l'organisme, on s'explique qu'elle passe inaperçue.

Certaines erreurs de sexe sont la conséquence du
Goigoux

manque d'observation apportée à l'examen des grandes lèvres. L'adhérence des petites lèvres est classée parfois sous le nom d'imperforation de l'hymen.

On ne peut pas arriver à avoir une idée même approximative de la fréquence de cette malformation, soit chez les nouveaux-nés, soit chez les enfants âgées de quelques années.

Quelle est la cause de cette soudure, de cet agglutinement des grandes et petites lèvres ? Question aussi difficile à résoudre que le problème de leur fréquence. Nous retrouvons dans les auteurs qui se sont occupés de cette affection cette question de la pathogénie. Ils l'ont résolue de diverses manières. Au premier abord ils se divisent en deux groupes, ceux qui admettent une origine congénitale et ceux qui la rejettent.

Les observations de Cazeaux, Charpentier, Amussat et de plusieurs autres auteurs prouvent nettement que l'affection existait au moment de la naissance. C'est ce que nous voyons également dans les *obs. I, III, IV*. A côté de ce premier groupe il existe des cas où la soudure se forme dans les trois ou quatre premières années.

L'absence de fente vulvaire à la naissance nous conduit à nous demander si nous ne sommes pas en présence d'un vice de développement embryogénique. Pour pouvoir discuter cette hypothèse il est bon de

rappeler rapidement comment se forment les organes génitaux externes.

Le développement des organes génitaux externes se fait indépendamment de celui des organes internes ; mais il est intimement lié à la formation de la dernière portion du tube digestif, qui va constituer l'anüs.

Il est impossible dans les premières stades du développement de distinguer l'un de l'autre les deux sexes.

Les canaux de Wolf et de Muller s'ouvrent dans l'allantoïde qui s'est formé par évagination de la paroi antérieure de l'intestin terminal.

Ces canaux représentent les conduits de l'excrétion de l'urine et des organes génitaux internes ; on donne à cette portion de l'allantoïde dans laquelle ils viennent s'aboucher le nom de sinus uro-génital. L'allantoïde est en communication avec la portion terminale de l'intestin à laquelle la rattache son origine. Il en résulte l'existence d'une cavité dite cloaque, permanente dans certaines classes d'animaux, transitoire chez l'homme et les mammifères.

Chez l'homme, le cloaque se divise en deux parties, une antérieure qui représente l'abouchement au dehors du sinus uro-génital et une postérieure qui sera l'abouchement terminal de l'intestin ou anus.

Cette division a été étudiée avec beaucoup de soin, dans ces dernières années par M. Retterer

(*Journal de l'anatomie et de la physiologie* 1890). Il résulte des recherches de cet auteur qu'en même temps que la cloison, qui sépare au fond du cloaque le sinus uro-génital de l'extrémité du rectum, s'accroît de haut en bas, on voit se former sur les parties latérales du même cloaque deux replis verticaux, qui s'unissent avec l'éperon pour constituer la cloison complète qui sépare en avant le sinus uro-génital de l'anus en arrière. Ces bourgeons portent le nom de replis de Rathke, qui les a étudiés le premier.

Voyons maintenant comment se forment les organes génitaux externes. Tout d'abord le cloaque se présente sous la forme d'une fossette ouverte au dehors par une simple fissure. Plus tard, il est entouré de chaque côté par une couche appelée bourrelet génital, en même temps apparaît à sa partie antérieure une petite saillie qui constitue le tubercule génital. Ce tubercule lui-même pourvu sur la face inférieure d'un sillon qui s'étend jusqu'au sinus uro-génital et prolonge en avant son orifice.

Au même moment se produisent les phénomènes que nous avons indiqués plus haut et qui aboutissent à l'isolement du sinus génital. A cette époque, il est impossible de distinguer l'un de l'autre, les deux sexes. A partir du quatrième mois de la vie intra-utérine des transformations se passent qui aboutissent à la différenciation du sexe.

Dans le sexe féminin, le tubercule génital va

former le clitoris. Le sinus génital est destiné à former le vestibule du vagin. Les bourrèlets génitaux restant isolés l'un de l'autre forment les grandes lèvres. Les replis génitaux qui existent de chaque côté du sillon deviennent les petites lèvres.

Dans les atrésies vulvaires, en dehors de l'adhérence des grandes ou des petites lèvres, tous les autres organes sont normalement constitués, même l'hymen. C'est ce qui frappe toujours les chirurgiens aussitôt qu'ils ont détruit les adhérences.

Faut-il, pour expliquer cette fusion, admettre l'absence de fissure du sinus uro-génital ? Non. Nous devrions trouver en même temps des malformations intéressant les organes qui se développent aux dépens du même processus. Ces malformations manquent complètement. Il ne faut pas espérer trouver dans le développement embryogénique l'explication de ces phénomènes pathologiques. Le développement n'explique pas davantage les adhérences de la vulve qu'il n'éclaire l'origine des adhérences préputiales du phimosis congénital des jeunes garçons.

Etant donné le mode de développement de la vulve, étant donné qu'il n'excite pas d'autres malformations, nous croyons qu'il est inutile de chercher l'explication dans un vice de formation embryonnaire. Telle est également l'opinion de Verneuil « La manière dont se forment chez le fœtus les petites et les grandes lèvres, ne permet pas de concevoir comment

elles pourraient ne pas être perforées ; et si cela s'observait il faudrait admettre qu'elles ont contracté simplement des adhérences par suite d'une maladie intra-utérine. Ne sait-on pas en effet que l'atrésie s'explique par un arrêt de développement, en vertu duquel l'abouchement entre deux cavités formées isolément ne s'effectue pas, ou bien lorsqu'une des cavités manque ou ne s'étend pas jusqu'à ses limites naturelles » (*Gaz. des hôpitaux*, 1856). Il pencherait volontiers à une maladie intra-utérine.

Aristote semble admettre l'anomalie de formation « *sunt feminæ non nullæ quibus à principio sui ortus oræ modo quodam coaluere* ». De même Moreau, dans son traité d'accouchement « quoique la nature suive une marche régulière dans la formation l'arrangement de ses divers organes, cette marche n'est pas tellement constante, tellement immuable qu'elle ne s'en écarte quelquefois ; mais ces déviations quelques légères qu'elles soient sont toujours préjudiciables à l'individu qui en est affecté.

Les écarts auxquels la nature se livre sont en général sous le rapport de leur fréquence, de leur étendue en rapport inverse de l'importance des organes eux-mêmes. »

Le nombre des auteurs qui admettent cette théorie, est assez restreint. Si Debout, Debierre Geoffroy Saint-Hilaire en sont les partisans, cela tient à ce qu'ils ont étudié spécialement les malformations qui dépen-

dent de l'embryogénie et qu'ils y ont rattaché l'atrésie vulvaire.

Les autres auteurs ont une tendance très marquée à rejeter l'origine congénitale, pour n'admettre que la formation accidentelle, tels sont : Cazeaux, Capuron, Guersant, Follin, Duplay.

L'explication des adhérences qui se développent dans les deux ou trois premières années est plus simple ; elles succèdent à l'inflammation de la vulve.

Chipault a observé la vulvite plusieurs fois. « La mère, dit-il, m'a affirmé qu'avant d'avoir eu du prurit et un écoulement vulvaire l'enfant était bien conformationnée ». (*Bull. Médical* 1891). Il voit la vulvite à l'origine de toutes les atrésies.

Si la vulvite cause les adhérences dans le jeune âge pourquoi ne le ferait-elle pas durant la vie intra-utérine ?

C'est assez naturel, mais il faudrait savoir si réellement elle existe dans l'utérus et pourquoi elle se développe.

Guersant a vu plusieurs nouveaux-nés porteurs d'une inflammation très nette des organes génitaux externes au moment de la naissance. L'enfant dans le sein de sa mère est à l'abri des causes ordinaires de la vulvite, cependant il est soumis à certaines influences capables de la produire. Son état général est plus ou moins bon, et si la petite fille fait une vulvite constitutionnelle étrangère à une infection quelconque, le

foetus peut agir de même. L'état de la mère influence la marche de la grossesse et le développement de l'embryon.

Les accoucheurs savent combien sont fréquents les avortements et les accouchements prématurés dus au mauvais état général de la mère.

Les adhérences vulvaires ne sont pas accompagnées d'inflammation à la naissance. La vulvite intra-utérine a pu guérir sous les influences inverses de celles qui l'avaient produite.

Cette hypothèse pour fort probable qu'elle est, a besoin de preuves pour qu'on puisse l'affirmer. Les accoucheurs pourraient les fournir. Mais en général les détails de l'état de la mère pendant sa gestation ne sont point assez minutieux pour nous renseigner. Les moindres troubles, les malaises passagers devraient être soigneusement notés et par la comparaison on arriverait peut-être à une conclusion certaine.

Deux faits intéressants à constater et qui cadraient bien avec cette inflammation, c'est de trouver la même affection chez deux enfants nées de la même mère et à quelques années d'intervalle. C'est ce qu'on voit dans les *obs. II et III*.

Ashwell a opéré pour cette affection une jeune femme mariée depuis trois ans. Onze mois après cette femme accouchait d'une petite fille qui présentait aussi une atrésie comprenant seulement le quart postérieur des grandes lèvres. D'autres médecins disent

avoir observé l'hérédité de ce vice de conformation. Nous ne pouvons en conclure, mais nous avons tendance à croire ici encore à la théorie de l'inflammation intra-utérine.

Outre les deux grandes théories pathogéniques que nous venons de passer en revue, il en est d'autres moins importantes.

Bouchacourt regarderait volontiers ces adhérences comme « la conséquence d'une juxtaposition tellement intime analogue à la juxtaposition des surfaces observées en physique et étudiées au chapitre des phénomènes capillaires, qu'on a pu voir là une adhésion organique et la nécessité de la détruire par l'instrument tranchant. » On peut également les considérer comme une simple agglutination de matière épidermique. Zweifel donne une autre cause d'adhérences : « C'est un défaut de cornification des couches épidermiques superficielles ; les faces internes des grandes et petites lèvres s'agglutinent et se soudent parfois d'une manière si complète et si étendue que l'émission des urines s'en trouve bien gênée ». *Die Krankh, der æusseren weill genitalien und die dam-mressi. Stuttgart, 1885*). Il oublie de nous dire pourquoi les cellules épidermiques ne se cornifient pas. L'inflammation agit d'une façon identique, la soudure s'y fait par manque de la couche cornée de l'épiderme qui a disparu. Nous sommes tentés de faire rentrer

cette théorie dans celle de l'inflammation intra-utérine.

Les adhérences des grandes et des petites lèvres qui surviennent après la naissance reconnaissent toutes pour cause la vulvite. Tous les auteurs sont d'un avis unanime.

En parcourant les auteurs, on trouve dans beaucoup une comparaison entre cette atrésie et le phimosis congénital des petits garçons. Les chirurgiens d'enfants et les accoucheurs constatent souvent en même temps que l'hypertrophie considérable du prépuce, des adhérences qui relient sa face interne à la muqueuse du gland.

Les deux affections sont identiques presque à tous les points de vue.

Les adhérences préputiales existent à la naissance ou se développent consécutivement à la suite des balanites plus ou moins répétées. Bokaï prétend qu'elles sont normales, c'est-à-dire qu'elles existent chez tous les enfants : « A la naissance, il y a normalement adhérence entre le prépuce et le gland, sur la plus grande partie de leur surface. Cette adhérence est constituée par des couches de jeunes cellules épidermiques qui se produisent d'arrière en avant. Cette adhérence peut, dans certains cas, s'étendre aux lèvres du prépuce de façon à le rétrécir. »

Cette description peut fort bien s'appliquer à ce qu'on observe chez les petites filles.

L'évolution est la même, car les uns et les autres peuvent disparaître spontanément ou persister jusqu'à l'âge adulte. Souvent, elles sont l'origine des balanites à répétition qui sont suivies d'adhérences plus résistantes formées de tissu cicatriciel.

Pozzi partage également cette idée : « L'union des petites lèvres paraît ne pas être toujours un phénomène de malformation congénitale, mais bien résulter d'une soudure analogue à celle qui réunit le prépuce au gland dans le phimosis chez les petits garçons. C'est ainsi qu'on peut trouver chez les petites filles des nymphes soudées jusqu'à l'ouverture de l'urèthre, de manière à gêner la miction ; les adhérences se détachent assez facilement par la simple traction » (*Traité de gynécologie clinique et opératoire*, 1890).

On pourrait pousser plus loin la comparaison. Dans les deux cas les symptômes sont les mêmes : troubles dans l'émission des urines, déformation du jet, rétention de l'urine dans la cavité sous préputiale, inflammation locale, parfois troubles nerveux généraux.

Les adhérences n'offrent qu'une faible résistance à la naissance. Si l'ouverture du prépuce n'est pas trop étroite il suffit de ramener le prépuce en arrière du gland pour les détruire, et il est rarement besoin du bistouri pour les faire disparaître.

Pour bien les montrer nous rapportons un exem-

ple dû à Rousse qui est la reproduction de ce qu'on voit chez les petites filles. « Le 11 mai 1860 on apporte à l'Institut un enfant d'un jour qui depuis le moment de sa naissance présentait de la rétention d'urine. En l'examinant je constate que son prépuce qui n'offrait pas de bord libre adhérait fortement à la pointe du gland et se confondait avec elle, de sorte qu'on ne pouvait les différencier. L'orifice de l'urèthre était recouvert et fermé par une mince membrane qui semblait être la continuation du prépuce adhérent. Cette anomalie était la cause de la rétention d'urine. Je cherchai alors l'orifice uréthral qui je vis par transparence et au moyen d'une sonde je perçai la membrane qui le recouvrait ; après avoir essayé inutilement de la faire tomber par des applications propres à la ramollir. Je détachai ensuite le prépuce du bord de l'orifice uréthral puis je le séparai du gland auquel il adhérait par toute sa surface ». (*Gaz. des hôpitaux* 1860).



Symptômes

A. Symptômes locaux. — La symptomatologie de l'atrésie vulvaire est en général fort simple et toujours la même. Elle varie un peu selon que la soudure intéresse les grandes ou les petites lèvres, et aussi selon l'étendue de la lésion qui peut être complète ou incomplète.

Les symptômes sont de trois ordres différents : 1° ceux fournis par l'examen local de la lésion ; 2° les symptômes fonctionnels ; 3° les symptômes généraux.

Si la lésion intéresse les grandes lèvres dans toute l'étendue, à l'examen local on voit ou mieux on constate l'absence complète d'organes génitaux. Au lieu de voir la fente vulvaire on distingue une ligne, espèce de raphé résultant de l'union des deux lèvres. Dans certains cas il semble que le raphé du périnée se soit prolongé en haut et ait agrandi cette région dans ce sens ; de sorte que deux ouvertures naturelles se trouvent oblitérées : celle du vagin et celle de l'urèthre.

Les deux faces externes des grandes lèvres se

continuent l'une l'autre délimitées seulement par céraphé.

Si la lésion est incomplète, l'agglutination n'intéresse que la partie inférieure de la vulve et des grandes lèvres, en haut on aperçoit distinctement le clitoris et l'ouverture du méat urinaire. L'hypertrophie légère du clitoris peut induire en erreur; l'observateur peu attentif et non prévenu pense à l'hermaphrodisme.

La soudure des petites lèvres est peut-être plus difficile à reconnaître.

On a souvent tendance à la confondre avec l'imperforation de l'hymen; surtout poursuivi par cette idée que chez les enfants l'hymen est proéminent et fait saillie en dehors. « Lorsque vous êtes appelés à examiner une enfant atteinte de vices de conformation des organes génitaux, vous trouvez dans un certain nombre de cas une vulve régulièrement conformée à l'extérieur; mais en écartant les grandes lèvres vous ne rencontrez pas l'orifice du vagin et vous n'apercevez qu'une membrane occupant l'espace qui devrait être libre.

Cette oblitération constatée, vous devez procéder à un examen attentif pour tâcher de reconnaître la disposition des organes. Vous voyez que les grandes lèvres sont régulièrement conformées et qu'en les écartant on ne rencontre pas les petites; au niveau de l'endroit qu'elles occupent d'ordinaire vous voyez une

membrane d'apparence muqueuse, rosée, lisse et sans aucune solution de continuité sauf un très petit orifice, très étroit qui occupe l'angle supérieur et correspond à l'orifice de l'urèthre.

Pour m'assurer de l'exactitude du diagnostic il me suffit d'introduire une sonde cannelée au-dessous de cet orifice et de la pousser de haut en bas sur la face postérieure de la membrane, dont vous pouvez alors apprécier la minceur et qui est soulevée dans le sens longitudinal par la saillie de l'instrument » (*Tillaux Gaz. des hôpitaux*, 1880). La membrane que nous montre si bien M. Tillaux peut être incomplète et présenter plusieurs pertuis pénétrant vers l'ouverture du vagin. Elle peut aussi s'étendre plus haut et boucher l'orifice du canal de l'urèthre. Complication grave chez le nouveau-né si le diagnostic n'est pas rapide. La membrane qui obture le méat urinaire peut être indépendante de celle qui bouche le vestibule.

La soudure peut être une simple agglutination, la juxtaposition de Bouchacourt que l'examen suffit à faire disparaître.

B. Symptômes fonctionnels. — La fonction la plus altérée, comme chez les petits garçons atteints de phimosis congénital, est l'émission des urines. N'oublions pas que les anciens attribuaient aux petites lèvres l'usage de diriger le cours des urines, de là leur nom de nymphes sous lequel ils les désignent.

Le trouble peut aller jusqu'à la suppression com-

plète de la fonction. Le nouveau-né ne rend pas d'urine, cette rétention peut se produire selon un double mécanisme. Le méat urinaire est bouché par une membrane indépendante du reste de l'agglutination, il s'ensuit une distension de la vessie qui forme tumeur à l'hypogastre ; tumeur qu'on reconnaît par la palpation et la percussion. Cette distension exposerait d'après Villette (*Loco citato*) à une complication grave mais heureuse. » Si la partie malade restait longtemps dans cet état, il pourrait arriver que les urines dilatassent l'ouraque et formassent une fistule urinaire à l'ombilic. »

La membrane qui ferme la vulve obture en même temps l'ouverture de l'urèthre, pendant les efforts de la miction, l'urine coule dans le vagin et en avant de l'hymen. Comme dans le cas précédent, on trouve une tumeur saillante à l'hypogastre, mais on en aperçoit une seconde qui apparaît à la vulve. Elle bombe plus ou moins, elle est fluctuante ou rénitante selon la pression intérieure. Elle est formée par l'urine qui distend la membrane obturante.

Il est assez rare que l'affection se présente avec ces caractères de gravité, ordinairement l'émission des urines s'effectue plus ou moins difficilement. Le jet vient se briser sur la face postérieure des adhérences et s'écoule goutte à goutte à l'extérieur, tandis qu'une partie seulement pénètre dans le vagin.

Cette dernière partie sortira toute seule ou bien

constituera une rétention partielle. Si l'on a affaire à des personnes plus âgées, elles ont recours à certaines positions, certaines manœuvres pour vider leur vagin. C'est ce que nous voyons dans l'observation V. La malade est obligée de presser sur son périnée et de bas en haut pour faire couler l'urine jusqu'à la dernière goutte. La rétention partielle fera défaut toutes les fois que la soudure intéressera toute la hauteur du vestibule du vagin sans atteindre le méat.

Outre les troubles de la miction, on peut voir d'autres fonctions physiologiques empêchées, si les adhérences n'ont pas été détruites avant l'âge adulte. Nous voulons parler de la menstruation et de la conception. Le sang des règles ne s'écoule que lentement par le pertuis qui existe et parfois aussi il est complètement retenu dans le vagin. Les époques cataméniales sont caractérisées par des douleurs et des coliques, mais ces phénomènes sont surtout accentués quand il y a rétention complète. Cette rétention peut s'accompagner de troubles fort graves et même être d'un pronostic fatal si l'on n'intervient pas.

Le coït est rendu très difficile et il n'est pratiqué qu'aux dépens d'un infundibulum formé par les adhérences et les petites lèvres repoussées en dedans. La conception n'est pas toujours empêchée, car on a des observations de fécondation avec un hymen presque imperforé.

Symptômes généraux. — L'affection est souvent indolore et passe inaperçue, l'attention n'étant pas éveillée, cette éventualité est surtout fréquente quand l'urèthre est libre. Il n'en est point de même quand la lésion s'accompagne de rétention urinaire partielle ou totale.

La rétention partielle des urines est rapidement suivie de fermentation ammoniacale et d'inflammation locale. La région vulvaire est le siège de rougeur d'exulcération, de prurit et de douleur. La miction est pénible et très douloureuse, l'enfant s'agite et crie chaque fois qu'il urine.

La rétention complète des urines est bien plus grave, indépendamment des douleurs qui font crier et remuer le nouveau-né, on perçoit une tumeur au-dessus des pubis. Rapidement l'on assiste à l'intoxication urémique. L'enfant meurt au milieu des cris et des convulsions analogues à celles de l'urémie.

La jeune fille qui est encore atteinte d'atrésie vulvaire complète à la puberté ne voit pas apparaître ses règles ; mais aux époques correspondantes elle souffre de douleurs au bas-ventre et de coliques. Les douleurs reviennent en augmentant d'intensité à chaque mois. Elles ressemblent aux douleurs de la péritonite. Le pouls est rapide et le facies légèrement grippé. L'observation publiée par Nélaton (*Gaz. des hôpitaux* 1856) et que nous reproduisons en résumé, montre

jusqu'où peuvent aller les troubles qu'entraîne à sa suite la rétention menstruelle. Nélaton ne précise pas le lieu de l'imperforation, on ne sait si elle se trouvait à l'hymen ou aux petites lèvres.



Diagnostic

Les adhérences des grandes et des petites lèvres se présentent en général sous un aspect qui est toujours le même. Le médecin appelé à examiner un enfant, qui n'a pas uriné depuis sa naissance doit songer à cette malformation ; l'examen local vient rapidement confirmer son idée.

La soudure des grandes lèvres se présente sous un aspect tout spécial qui frappe même les personnes étrangères à la médecine. Les parents ou la nourrice disent que l'enfant n'est pas faite comme les autres. On ne peut guère hésiter à reconnaître l'affection. Cependant on pourrait parfois les confondre avec l'hermaphrodisme. Mais les malades dont nous nous occupons sont normalement conformées dans tous leurs autres organes génitaux externes.

L'union des petites lèvres demande à être cherchée avec plus de soin. Il faut écarter soigneusement les grandes lèvres, s'évertuer à reconnaître les différentes parties de la vulve et à bien les repérer ; on

/

évite ainsi de prendre les petites lèvres soudées pour une imperforation de l'hymen. On peut au besoin se servir d'une sonde pour évaluer l'épaisseur de la membrane qui bouche l'ouverture du vagin.

Il faut déterminer avec précision le mode et l'étendue de la malformation ; établir en un mot si le vagin existe ou non. Avec des apparences extérieures semblables on trouve des lésions profondes toutes différentes ; alors nous sortons des adhérences vulvaires pour tomber dans les vices de conformation plus complexes et plus graves.

Du diagnostic précis dépend et le pronostic et le traitement. « Si l'on introduit une sonde métallique dans l'urèthre on peut s'assurer par le toucher rectal qu'aucun conduit membraneux n'existe entre le doigt et la sonde que l'on sent très nettement. S'il existe une portion de vagin, le doigt ne perçoit plus la sonde à travers une simple cloison, il en est séparé par la cavité du vagin quelquefois rempli, lorsqu'il s'agit d'une jeune fille pubère, par le sang qui s'y est accumulé en donnant lieu à tous les accidents de la rétention menstruelle ». (*Tillaux, Gaz. des hôpitaux*, 1880).

S'il existe un pertuis dans la membrane qui unit les lèvres on introduit une sonde qui explore la région qui s'étend derrière l'obstacle.

Le diagnostic de l'étiologie n'est fourni que par l'interrogatoire détaillé et précis des parents ou de la

nourrice. Seuls ils pourront nous dire si l'enfant était bien constituée extérieurement, de même que si elle a eu un écoulement.



Pronostic

Le pronostic est en général bénin. Les complications qui surviennent chez l'enfant sont assez rares et sans grande gravité ; la rétention d'urine étant mise de côté. Les petites filles qui ont les lèvres soudées sont très exposées à voir se développer de la vulvite qui est rebelle et plus ou moins intense mais qui cède en général assez facilement au traitement et que l'opération empêche de récidiver.

La jeune fille pubère voit le cours de ses menstrues dérangé. La rétention est assez exceptionnelle et si elle entraîne des complications d'un pronostic plus sérieux le traitement est facile et la guérison assurée.

L'opération n'offre aucune gravité. L'hémorrhagie est nulle, l'infection depuis la méthode aseptique n'est plus à craindre.

L'affection guérit bien et en général n'a guère de tendance à récidiver si on surveille les pansements,

Traitement

La guérison spontanée des adhérences vulvaires est possible, quand elles sont très minces et fragiles et se rapprochent plus d'une juxtaposition que d'une soudure. Denman pense que si on ne les observe pas plus fréquemment c'est à cause de cette guérison spontanée par l'écartement des jambes. Il ne faut pas compter sur cette éventualité pour attendre :

L'opération est bénigne ; le jeune âge en dehors des cas d'urgence n'est pas une contradiction, au contraire. Nous pensons avec Hulin qu'il est préférable d'opérer à ce moment que de remettre à l'adolescence. Les adhérences se développent et deviennent plus résistantes. Chez le jeune enfant l'opération passe inaperçue, il n'en est plus de même pour la jeune fille. « Il est un autre motif qui pour être étranger à la science n'en a pas moins son importance. Il est toujours fâcheux d'avoir à intervenir par quelques manœuvres sur les parties génitales chez la jeune fille. Les vieux praticiens savent mieux que

moi combien on éprouve de difficulté et combien il faut de prudence pour obtenir l'inspection des organes génitaux chez la jeune fille (*Gaz. des hôpitaux* 1856). Si la rétention d'urine n'entraîne pas l'opération d'urgence on attend avantageusement que l'enfant soit âgée d'un ou deux mois.

La douleur est insignifiante et il est exceptionnel d'avoir recours à l'anesthésie générale. Elle serait indiquée dans le cas de récidives et chez les enfants indociles ; conditions très rares.

Hippocrate et plusieurs auteurs avaient recours à l'emploi de caustiques, qui pouvaient avoir de graves inconvénients. Souvent il arrivait de détruire bien au delà de ces fragiles adhérences. L'intervention est bien plus simple.

L'inflammation, la soudure complète ou incomplète donne un aspect un peu différent à l'opération.

La soudure est-elle légère ; l'opération est très simple. Les tractions sur les grandes ou petites lèvres, en sens opposé suffisent en général à les décoller. Si l'on n'y parvient pas, on a recours à la sonde cannelée, on agit avec le bec de la sonde comme pour dénuder une artère.

Quand la membrane est résistante il faut se servir du bistouri. On introduit la sonde cannelée derrière la face postérieure des lèvres imperforées et on la glisse de haut en bas en ayant soin de faire saillir

son extrémité inférieure au niveau de la fourchette et l'on pousse le bistouri sur la sonde cannelée.

L'hémorrhagie est nulle, à peine s'il s'écoule quelques gouttes de sang ; l'application d'un tampon suffit à rendre l'hémostase complète.

Assez rarement on emploie le thermocautère. Il serait indiqué dans les cas où la membrane vue par transparence semble très vasculaire.

S'il existe de l'inflammation il faut autant que possible guérir la vulvite avant d'intervenir. Elle cède assez facilement aux bains, lotions, lavages au permanganate de potasse ou au nitrated'argent. Mais pour la guérir rapidement, on doit empêcher la rétention partielle de l'urine. On fait uriner l'enfant dans telle position que l'émission ait lieu complètement à l'extérieur.

La récurrence est exceptionnelle, à moins qu'on ne surveille pas la cicatrisation qui se fait rapidement en quelques jours. Il arrive que la suture intéresse toute la face interne des grandes ou des petites lèvres, après l'opération il existe une large surface cruentée, dans ces cas il serait indiqué de faire quelques points de suture, qui rapprochent les muqueuses.

Il faut pour éviter la récurrence maintenir les surfaces cruentées, écartées l'une de l'autre par un tampon ou une mèche et aussi par l'écartement des jambes.

Après les opérations sur la vessie, les organes gé-

nitaux, l'anus, il n'est pas rare d'observer de la rétention d'urine ; il est possible qu'il en soit de même après l'opération de l'atrésie vulvaire. Il suffit d'être prévenu pour surveiller l'enfant et intervenir au besoin.



Observations

OBSERVATION I (Personnelle).

La nommée L..., de Clermont, enfant âgée de dix mois, fut atteinte au mois de mars de fracture du coude. Durant son traitement, les parents firent examiner ses organes génitaux externes ; ils s'étaient aperçus, en faisant la toilette de l'enfant, qu'elle n'était pas faite comme les autres.

Voici ce qu'on trouve à l'examen des organes génitaux externes. Les grandes lèvres sont bien conformées, les petites lèvres, bien formées, présentent leurs replis normaux au niveau du clitoris ; mais elles sont accolées par le bord interne sur toute leur hauteur.

A sa place habituelle, se trouve le méat urinaire ; un peu au-dessous, on voit un petit pertuis de la grosseur d'un tuyau de plume.

On peut introduire une sonde cannelée par le pertuis ; et on arrive en arrière de la membrane qui unit les lèvres dans une cavité spacieuse, qui n'est point la vessie.

Sur la sonde qui soulève cette membrane jusqu'au niveau de la fourchette, on voit qu'elle est très mince et

qu'elle ne présente aucune trace d'inflammation ancienne ou de cicatrice.

La grossesse de la mère s'est passée normalement, de même que l'accouchement. Les autres enfants n'ont présenté rien de semblable.

La petite malade n'a jamais présenté aucun écoulement ni inflammation, les parents sont très affirmatifs sur ce point.

La petite malade présente donc une adhérence congénitale des petites lèvres.

L'opération est des plus simples ; on introduit la sonde cannelée de haut en bas derrière la soudure jusqu'à la fourchette, et on tire à soi ; les petites lèvres se décollent, suivant la ligne qui marquait le raphé médian. Point d'hémorragie.

On aperçoit alors le vestibule du vagin et l'hymen qui sont normalement conformés et disposés. L'entrée de la vulve est légèrement rouge et comme irritée par l'urine.

Une mèche de gaze stérilisée est glissée entre les deux petites lèvres, mais elle tombe seule et le lendemain, quand on revoit la malade, les petites lèvres étaient accolées de nouveau. Il suffit d'écarter les cuisses pour rétablir l'ouverture.

On surveille plus attentivement le pansement pour éviter une nouvelle occlusion. Trois jours après la petite malade était guérie.

OBSERVATION II (Inédite)

Communiquée par le docteur Bide

L'année 1889, je fus appelé par M. G. mécanicien en chef des Chemins de fer du Nord de l'Espagne, demeurant à Madrid pour voir sa fillette âgée de cinq à six ans bien développée et bien portante mais qui me disait-il, n'était pas faite comme les autres enfants.

Je reconnus qu'elle n'avait pas d'ouverture vaginale et que tout se réduisait à un petit pertuis situé au-dessous du clitoris par lequel pouvaient sortir les urines. Les grandes lèvres existaient mais les petites lèvres étaient accolées par leur bord interne dans toute l'étendue du raphé médian depuis le pertuis sous clitoridien jusqu'à la fourchette.

Je reconnus une imperforation analogue à celle que j'avais publiée dans la « France médicale » 1876. Une sonde cannelée introduite par le petit orifice pouvait être conduite jusqu'à la fourchette et permettait de tendre une membrane résistante.

L'opération consista en une section sur la sonde cannelée de cette membrane. Il y eut à peine trois gouttes de sang ; l'incision faite on put voir l'hymen et l'entrée de la vulve légèrement rougis et irrités sans doute par le contact de l'urine.

Un pansement avec un petit tampon d'ouate permit d'écarter les surfaces de section et la petite plaie se guérit en quelques jours.

OBSERVATION III (inédite)

Communiquée par le même

Au moment où je vis le cas cité précédemment, M^{me} G... était enceinte. Elle mit au monde quelque temps après une autre petite fille qui fait singulier portait comme sa sœur une occlusion de la vulve. Les petites lèvres étaient accolées l'une à l'autre.

Je vis l'enfant âgée de un mois et demi et au moyen d'un petit stylet glissé derrière les petites lèvres par le pertuis sous-clitoridien, je décollai facilement les bords des petites lèvres adhérentes l'une à l'autre. La guérison eut lieu en quelques jours.

OBSERVATION IV

Publiée par le Docteur Hulin, Gaz. des hôpitaux 1856

Au commencement du mois de mai 1856, la femme X... me présenta sa petite fille âgée de 7 mois. Au moment de la naissance et lorsqu'on lui donnait les premiers soins de propreté, on s'était aperçu qu'elle n'était pas faite comme une autre (ce sont les expressions de la mère).

J'examinai avec soin les parties génitales externes: Les grandes lèvres étaient adhérentes dans une partie de leur épaisseur et dans presque toute leur hauteur, laissant seulement entre elles à la partie supérieure, une petite ouverture qui ne donnait qu'imparfaitement passage aux urines.

Un stylet d'argent d'un petit calibre fut introduit avec un peu de difficulté par cet orifice vulvaire rétréci. Après l'avoir franchi le stylet se trouvait plus à son aise, et en le poussant en arrière on rencontrait une nouvelle résistance puis on sentait que le stylet franchissait de nouveau un orifice et arrivait ensuite dans une cavité assez spacieuse comme le serait la vessie d'un enfant. Un jet d'urine s'échappa le long du stylet.

Pour parvenir dans la vessie j'avais parcouru une ligne courbe d'abord dirigée de haut en bas, puis d'avant en arrière et de bas en haut. Le petit doigt introduit dans le rectum sentait le stylet, mais séparé par une certaine épaisseur.

Le stylet retiré puis introduit de nouveau par l'orifice vulvaire pénètre de haut en bas et en poussant plus profondément et en arrière le doigt qui était resté dans le rectum le sentit facilement, séparé seulement par l'épaisseur de la cloison recto-vaginale.

Dans le premier cas j'étais entré dans la vessie, dans le second j'étais descendu jusque dans le vagin. Cet examen attentif de l'état des parties me fit comprendre à quelle variété d'atrésie j'avais affaire et me rassura complètement sur une crainte que j'avais eu d'abord et qui m'avait fait éloigner l'idée d'une opération, me rappelant

les cas cités par les auteurs dans lesquels l'occlusion de la vulve coïncidait avec l'atrésie du vagin ou de l'utérus.

Alors je me décidai pour l'opération par la méthode dite de décollement. Je pressai avec l'extrémité de la sonde cannelée sur le raphé médian qui unissait les grandes lèvres. Avec un peu de patience le décollement se fit et mit à découvert les petites lèvres. Celles-ci adhéraient entre elles dans leurs trois quarts inférieurs, et furent facilement décollées par le même procédé. Il ne s'écoula que peu de sang. La vulve ainsi ouverte permit de constater que les parties qu'elle voilait étaient dans leur état naturel. Un tampon enduit de cérat fut introduit entre les lèvres. Quelques jours suffirent à la cicatrisation.

OBSERVATION V

(Publiée par le Docteur Bide. France médicale, 1876)

Kar... Marthe, domestique 22 ans, entre le 8 janvier 1876 à l'hôpital Beaujon, salle Sainte Agathe, n°10, service du professeur Lefort.

Cette malade se présente à la consultation en se plaignant de cuisson durant l'émission des urines. En l'examinant on trouve une imperforation de la vulve. Voici sommairement la description des organes génitaux.

Il existe deux grandes lèvres assez bien développées, et couvertes de poils assez rares. Les nymphes manquent

complètement et sur la ligne médiane se trouve un sillon qui s'étend du mont de Vénus à l'anus ; le clitoris est à sa place recouvert de son capuchon, toutefois il est peu développé.

A sa surface interne, le capuchon présente une petite excoriation fournissant une sécrétion muco-purulente très légère.

Au dessous du clitoris sur la ligne médiane se trouve une toute petite fente dirigée un peu obliquement de haut en bas et de gauche à droite. Les deux lèvres de cette fente sont accolées et en les écartant on peut introduire un stylet de trousse ou une sonde cannelée jusqu'à 6 ou 8 cent. de profondeur. Une sonde de femme ne peut être introduite. La sonde cannelée peut y être conduite de haut en bas et d'avant en arrière. Si on la dirige parallèlement au plan du périnée on peut la sentir avec le doigt, tout le long du raphé médian et l'on peut distinguer son bec qui produit une légère saillie à un centimètre et demi en avant de l'orifice anal. En promenant la sonde d'avant ou arrière on ne parvient pas à l'introduire dans le canal de l'urèthre et l'on ne peut arriver dans la vessie.

Par le toucher rectal, on sent à 7 ou 8 centimètres de profondeur et en avant du rectum une tumeur dure, mobile qui ressemble à l'utérus.

Durant toutes les explorations la malade souffre fort peu.

Interrogée sur sa menstruation, elle répond qu'elle voit toutes les trois semaines ; mais le sang sort lentement et en petite quantité à la fois sans déterminer cependant aucune souffrance. La malade dont l'œsprit est peu ouvert ne

s'est jamais rendu compte de l'orifice par lequel s'écoulait le sang. Il est clair qu'il ne pouvait s'échapper que par la petite fente située au-dessous du clitoris, seul orifice conduisant en arrière de la cloison qui obstrue la vulve.

La miction présente quelque chose de particulier. La malade est obligée de presser sur son périnée et de bas en haut pour faire couler l'urine jusqu'à la dernière goutte. Ce liquide remplit certainement le vagin, puis sort par regorgement à travers le pertuis unique déjà signalé. On s'explique ainsi l'influence des pressions exercées par la malade pendant et après la miction.

Les seins sont normalement développés, la malade offre tous les caractères de la puberté.

On l'opère le 12 janvier.

L'opération est des plus simples : une sonde cannelée est introduite dans le pertuis situé au-dessous du clitoris, on la descend en arrière de la cloison anormale et l'on en fait saillir l'extrémité à un centimètre et demi de l'anus, on glisse un bistouri dans la cannelure et l'on incise de haut en bas et de la profondeur à la superficie. L'hémorrhagie est insignifiante. On obtient dès lors des rudiments de petites lèvres dont le bord libre est représenté par la surface saignante. Au moyen de trois points de suture métallique on borde ces petites lèvres. Ce bordage est soigneusement fait en avant de l'anus pour créer une fourchette vulvaire solide.

On peut constater après l'opération que les organes génitaux externes sont normalement conformés : vulve, méat, vestibule.

Au toucher on arrive sur une bride annulaire qu'on

reconnait être l'hymen, ce diaphragme est reporté un peu plus en arrière que de coutume. Il est fort peu dilatable de sorte qu'on ne peut introduire que le petit doigt dans le vagin et constater par le toucher la présence du col de l'utérus.

La malade sort guérie le 29 janvier.

OBSERVATION VI (Résumée)

Publiée par le docteur Konarzewski.

Gaz. des hôpitaux, 1857.

Une jeune fille, Marie C... de la commune de Montfrun (Gard) âgée de 17 ans. d'un tempérament nerveux, très bien développée pour son âge et n'ayant point encore vu apparaître ses menstrues, éprouvait depuis environ trois mois et aux mêmes époques des douleurs qui duraient trois ou quatre jours pour disparaître toutes seules.

Depuis huit jours, violentes coliques, douleurs très intenses dans le bas ventre.

A l'examen le docteur Konarzewski trouve une rétention menstruelle par atrésie de la vulve.

« Dans ce cas d'atrésie vulvaire l'élément obstruteur était produit par l'adhésion des petites lèvres ».

Incision et guérison.

OBSERVATION VII (Résumée)

Mauriceau : observations sur les accouchements, Obs. 172

Le 9 juin 1676, Mauriceau a vu une petite fille âgée de 4 ans qui avait naturellement l'entrée externe de la vulve tout à fait close, à l'exception d'un simple petit trou qui était seulement égal à la grosseur d'une plume de pigeon, situé au-dessous du conduit urinaire. On pouvait prendre cette disposition pour un véritable hymen.

En raison de l'âge de cette fille il remit l'opération à plus tard et l'opéra vers l'âge de huit ans.

OBSERVATION VIII (Résumée)

Mauriceau. Obs. 231

Jeune fille âgée de 47 ans qui, depuis deux ans, présentait des coliques revenant à intervalles réguliers. On trouvait une tumeur au-dessus du pubis. Rétention menstruelle par atrésie vulvaire.

« Une membrane charnue assez épaisse recouvrait extérieurement la vulve de cette jeune fille, qui n'était nullement perforée excepté du seul conduit de l'urine qui était dans sa situation ordinaire ».

Il fit une incision médiane et longitudinale. Il en sortit aussitôt près de trois litres de sang grossier noirâtre et verdâtre.

Guérison.

OBSERVATION IX

Publiée par Moreau. Thèse de Paris, 1894

G..., fille de cinq ans et demi, est examinée par le docteur Rémond, de Paris, qui constate la fusion des petites lèvres, fusion due à une membrane qui lui semble assez résistante. Il n'y a pas trace de vulvite. Cette adhérence d'abord rompue par un chirurgien reprend au bout de peu de temps. L'enfant fut incidemment examinée par un accoucheur qui incise au bistouri sur la sonde cannelée. Les parties furent écartées par un pansement et malgré ce dernier les adhérences reprirent de nouveau.

Le docteur Rémond fut appelé de rechef à voir l'enfant chez laquelle les adhérences s'étaient reformées pour la seconde fois. On distinguait nettement sur la ligne médiane de la membrane, la cicatrice de l'incision. Les adhérences furent rompues pour la troisième fois, avec le seul aide de la sonde cannelée et le thermocautère fut approché avec précaution du reliquat des membranes. On fit un pansement isolant et cette fois l'enfant guérit.

OBSERVATION X (Résumée)

Communiquée par Renaudin à la Société d'émulation
pour l'avancement des sciences. An VI.

Marie-Elisabeth Hebert est arrivée à l'âge de 25 ans sans voir apparaître ses menstrues. Bien développée et bien constituée, excepté les seins qui sont fort petits. L'examen des parties génitales révèle une atrésie de la vulve. « De plus, nous avons trouvé la vulve presque entièrement fermée et ne présentant qu'une petite ouverture capable d'admettre au plus le tuyau d'une plume ; cette ouverture répond au canal de l'urèthre et donne passage à l'urine. » La malade est presque sourde et sujette aux maux de tête. On fait une incision longitudinale que suit le raphé median qui existait sur la membrane obturatenante. Pansement isolant guérison.

OBSERVATION XI (Résumée)

Publiée par Nélaton (Gaz. des hôpitaux 1856)

La nommée P..., 23 ans, d'un tempérament nerveux et irritable est bien constituée. Vers l'âge de 15 ans, elle commence à éprouver de la pesanteur dans les régions vé-

sicale et rectale, douleurs qui duraient quelques jours et revenaient chaque mois.

Le médecin qui l'envoie à l'hôpital pense à une rétention d'urine et l'adresse comme rétrécie. Extérieurement rien d'anormal, mais plus attentivement la vulve est bouchée par une membrane. Ce plan membraneux s'étend depuis la partie la plus postérieure de l'orifice vulvaire jusqu'au méat urinaire. La surface de ce plan est de la couleur des grandes lèvres d'apparence muqueuse avec de légères excoriations. On trouve au toucher rectal une tumeur comme une tête d'enfant qui occupe l'excavation pelvienne. On sent également cette tumeur au-dessus du pubis.

Incision et ouverture de la poche d'où s'écoule une grande quantité de sang.

La malade les jours suivants a de la température des vomissements et meurt quatre jours après. A l'autopsie, on trouve un vagin peu dilaté et un utérus bifide.



Conclusions

I. — Les adhérences vulvaires des petites filles sont différentes suivant qu'elles se développent avant ou après la naissance.

II. — Les adhérences congénitales ne dépendent pas d'un vice de développement embryogénique. Elles succèdent probablement à une vulvite intra-utérine.

III. — Il faut examiner les enfants après la naissance et voir si l'urèthre n'est pas oblitéré en même temps que la vulve.

IV. — Toutes les enfants atteintes d'adhérences seront opérées sans attendre.

Vu :

Le Président de la Thèse,
LANNELONGUE.

Vu :

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Index Bibliographique

- Ambroise Paré.* — Œuvres complètes, édit. 1840.
- Amussat.* — Gazette médicale 1835.
- Ashwell.* — Pratical treatise of the diseases to women.
- Baker-Brown.* — Surgical diseases of women.
- Baudelocque.* — Art des accouchements 1844.
- Bernutz.* — Cliniques médicales des maladies des femmes 1888.
- Bide.* — France médicale 1876.
- Blanc.* — Gaz. hebdomadaire 1874.
- Boyer.* — Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent 1843.
- Bouchacourt.* — Bul. de la Société de Chirurgie 1856.
- Bouchut.* — Traité pratique des maladies des nouveaux-nés 1855.
- Bokai.* — Jahrbuch für kinderkrankhuten 1872.
- Budin.* — Thèse d'agrégation 1878.
- Cazeaux.* — Tr. pratique et théorique de l'art des accouchements 1840.
- Capuron.* — Traité des maladies des enfants 1820
- Charpentier.* — Tr. pratique des accouchements 1890,

- Combes Brassard*. L'ami des mères 1819.
Chipault. — Bulletin médical 1891.
Churchill. — Maladies des femmes.
Coulacoff. — Thèse de Paris 1890.
Debierre. — Les vices de conformation des organes
génitaux urinaires de la femme 1892.
— L'Hermaphrodisme 1891.
Debout. — Bul. de thérapeutique 1864.
Debrou. — Gaz. médicale 1851.
Dechambre. — Dictionnaire de Médecine, art. vulve.
Denman. — Introduction à la pratique des accouche-
ments ; traduit en français par Klugsken 1802.
Dolbeau. — Leçons de clinique chirurgicale 1866.
Duplay et Reclus. — Traité de Chirurgie 1890.
Dupuytren. — Leçons de clinique chirurgicale, Hôtel
Dieu de Paris 1839.*
Dugès. — Manuel d'obstétrique, 1840.
— Mémoire sur l'hermaphrodisme, 1828.
Follin et Duglay. — Tr. de pathologie externe, 1867.
Faille. — Thèse de Paris, 1880.
Fabrice d'Aquapendente. — Œuvres de chir., 1549.
Foville. — Bull. de la Société d'anatomie, 1856.
Geoffroy Saint-Hilaire. — Histoire générale et par-
ticulière des anomalies de l'organisation, 1832.
Gosselin. — Clinique chirurgicale de la Charité, 1879.
Goodhart. — Tr. pratique des maladies des enfants.
Traduit par Variot, 1895.
Grady-Hewit. — The diagnosis and treatement of
diseases of women.
Gonthier. — Thèse de Montpellier, 1881.

Goy. — Thèse de Paris, 1880.

Gaeretin. — Thèse de Paris, 1873.

Guinard. — Thèse d'agrégation, 1886.

Haller. — Disputationes selectæ chirurgiæ. Lausanne, 1755.

Hippocrate. — Tr. des maladies des femmes. Traduit Littré.

Hofmeier. — Manuel de chirurgie gynécologique, 1889.

Holmes. — Thérapeutique des maladies chirurgicales des enfants, 1870.

Hulin. — Gaz. des Hôpitaux, 1856.

Kirmisson. — Traité des maladies chirurgicales congénitales, 1890.

Labadie-Lagrave et Legueu. — Tr. médico-chirurgical de gynécologie, 1899.

Labadie de Lalande. — Thèse de Paris, 1856.

Laborde. — Thèse de Paris, 1895.

Ledru. — Thèse de Paris, 1856.

Lefort Léon. — Thèse d'Agrégation, 1862.

Legendre et Broca. — Thérapeutique infantile. 1894.

Levet. — L'art des accouchements, 1766.

Lutaud. — Maladies des femmes, 1900.

Martin. — Tr. clinique des maladies des femmes, 1889.

Marlineau. — Organes génitaux et sexuels, 1877.

Maunoury et Solmon. — Manuel de l'art des accouchements.

Mauriceau. — Maladies des femmes grosses et de celles qui ont accouchées. 1740.

— Livre d'observations, 1694.

- Moreau.* — Thèse de Paris, 1894.
— Traité des accouchements, 1838.
Morpain. — Thèse de Paris, 1852.
Nélaton. — Gazette des hôpitaux, 1856.
Odier et Chantreuil. — Gazette des hôpitaux, 1866.
Petroff. — Thèse de Montpellier, 1889.
Pozzi. — Traité de gynécologie clinique et opératoire, 1890.
Puissan. — Thèse de Paris, 1881.
Puech. — Atrésie des voies génitales de la femme
Mémoire à l'Académie de Montpellier, 1864.
— Atrésie des voies génitales, Paris 1872.
— Annales de gynécologie, 1875.
Renaudin. — Mémoires de la Société d'émulation
pour l'an VII.
Roze. — Thèse de Strasbourg, 1865.
Sabalier. — Thèse de Paris, 1818.
Saint-Germain. — Cliniques infantiles, 1883.
Scanzoni. — Traité historique et pratique de l'art
des accouchements, 1859.
— Traité des maladies des organes génitaux externes, 1868.
Serrière. — Thèse de Paris, 1866.
Sinety. — Traité de gynécologie et des maladies des
femmes, 1884.
Tarnier et Budin. — Traité de l'art des accouche-
ments. 1890.
Tillaux. — Chirurgie clinique, t. II, 1894.
— Gazette des hôpitaux, 1880.
Underwood. — Traité des maladies des enfants, 1786.

Villette. — Thèse de Paris, 1824.

West. — Traité des maladies des femmes.

Zweifel. — Die Krankl der ausseren weile genitali
und, die dammressi. Stuttgart. 1885.

